

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mai 1900, à 1 heure

PAR

M. FRANCO

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE

Président : TILLAUX, Professeur.

KIRMISSON, Professeur.

Juges : MM. { JALAGUIER, Agrégé.

MAUCLAIRE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE DES THÈSES
DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
PARIS

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 9 mai 1900, à 1 heure

PAR

M. FRANCO

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

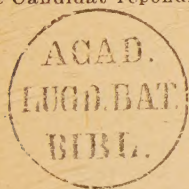
SUR LES

ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE

Président : TILLAUX, Professeur.

*Juges : MM. { KIRMISSON, Professeur.
JALAGUIER, Agrégé.
MAUCLAIRE, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13 RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ces dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS ET A TOUTE MA FAMILLE

Profond amour

A MON ONCLE MICO FRANCO
ET A TOUS MES COUSINS DE GIURGIU

Reconnaissance infinie

A MON EXCELLENT AMI LE D^r BÉJARANO

Éternelle amitié

A TOUS MES PROFESSEURS A LA FACULTÉ
ET DANS LES HOPITAUX
DE PARIS ET DE BUCAREST

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à la Charité

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Il y a 16 ans, M. Kirmisson présentait à la Société de Chirurgie un mémoire très complet sur les anévrysmes inguinaux. Quatre ans après, M. Delbet ⁽¹⁾ faisait une étude générale sur le traitement des anévrysmes et dans la partie qui concerne les anévrysmes de la région inguinale, il séparait les anévrysmes inguinaux des anévrysmes iliaques. Continuant ses recherches, M. Delbet présentait une nouvelle étude sur le traitement des anévrysmes, cette fois-ci au congrès de Chirurgie de Paris de 1895 et les anévrysmes iliaques ont toujours été étudiés séparément au point de vue du traitement.

Ayant eu l'occasion de voir un malade, qui avait un énorme anévrysme dans la fosse iliaque droite et à la suite de la recommandation de M. le professeur Tillaux, nous avons pris cette question comme sujet de notre thèse inaugurale.

Nous avouons avoir rencontré quelques difficultés dans cette étude. Ces difficultés provenaient avant tout

(1) DELBET. *Revue de Chirurgie*, 1888, p. 1010.

de la confusion qui existe dans divers auteurs, qui appellent indifféremment anévrysme iliaque externe, anévrysme fémoral, ou anévrysme ilio-fémoral, ou anévrysme inguinal, tout anévrysme siégeant au niveau ou dans le voisinage de l'arcade crurale.

Bien des fois nous avons cru d'après le titre avoir affaire à un anévrysme iliaque externe, nous cherchions l'observation, nous faisons des traductions ou nous les faisons faire, et en y regardant de près, nous voyions qu'il s'agissait d'un anévrysme inguinal, ou simplement d'un anévrysme fémoral. Citons des exemples, la conviction ne sera que plus certaine.

En 1898, apparaît dans Wiener medicinische Wochenschrift, une étude faite par M. Schopf sur le traitement des anévrysmes iliaques.

Dans un tableau qui se trouve à la fin de cette étude, on voit une série d'observations dont le diagnostic est : anévrysme de l'artère iliaque externe.

Les mêmes cas sont étudiés par M. Delbet sous un autre diagnostic. Il fallait alors contrôler : le résultat fût de voir, que M. Schopf s'était complètement trompé sur la majorité des diagnostics.

Par contre, aucune erreur n'existe chez M. Delbet. Nous donnons ici le tableau de quelques-unes de ces observations avec les sources d'origine et les diagnostics qu'on trouve, d'un côté dans le travail de M. Schopf, d'un autre dans celui de M. Delbet.

M. SCHOPF		M. DELBET	
AUTEUR, SOURCE	DIAGNOSTIC	AUTEUR, SOURCE	DIAGNOSTIC
(1) Watson E. Centralb.f.Chir. 1876, n° 48.	An. Arteriae iliacae dextrae et sinistrae.	Watson E. Lancet, 1876, p. 80.	An. femor. gauche.
(2) Buchanan. Centralb.f.Chir. 1881, n° 9.	An. Arteriae iliacae externae	Buchanan. Brit. med. J., 1879, II, p. 1022.	An. de l'art. femor.profonde.
(3) Walsham. Virchow's Jah- resbericht, 1885, Bd XX.	An. Art. il. externae.	Walsham. J.clin. Soc.Lon- don, p. 254.	An.del'art.fe- mor. droite.
(4) Makins A. Centralb.f.Chi- rurgie, 1893, n° 13	An. Art. il. ext. sinistrae.	Makins A. Lancet, 1892, t. II. p. 1328.	An. Inguinal gauche.

La confusion de M. Schopf va encore plus loin, car l'observation de M. Nasse, publiée dans Centralblatt f. Chirurgie, il la considère comme anévrisme iliaque, tandis que dans le Centralblatt même, elle est sous le titre d'anévrisme fémoral.

Des pareils confusions on en trouve une grande quantité et d'autre part beaucoup de chirurgiens appellent les anévrysmes iliaques externes, anévrysmes inguinaux.

Dans notre étude nous nous sommes proposé de donner quelques indications sur le diagnostic à faire entre les anévrysmes fémoraux, inguinaux et iliaques, puis d'étudier comparativement les trois procédés les plus employés pour le traitement de ces anévrysmes à savoir : la compression, la ligature et l'extirpation.

Nous avons cherché et examiné toutes les observations

publiées depuis 1876 que nous avons pu trouver, nous avons lu ces observations attentivement et nous avons essayé sans aucun parti pris, de tirer de cette étude l'enseignement qui en résulte. Nous avons choisi la date de 1876 parce que nous voulions comparer à l'extirpation, procédé récemment employé, les cas de ligature qui ont été pratiqués sous la régime de l'antisepsie. Nous n'avons publié in-extenso que les observations les plus intéressantes, n'ayant pas trouvé cela nécessaire pour les autres.

Mais avant de commencer notre étude, qu'il nous soit permis d'accomplir ce devoir de conscience et de reconnaissance envers tous ceux qui ont contribué à notre instruction intellectuelle.

Nos études médicales ont été commencées à Bucarest. Nous gardons reconnaissance aux maîtres qui nous ont donné les premières notions médicales, spécialement à MM. les docteurs Bucliu, Kalendéro, Stoicesco, Thomas Jonnesco, chez lesquels nous avons commencé à apprendre le malade et l'homme.

Ce n'est pas le moindre de nos connaissances que nous avons acquis à la Faculté de Paris. Ainsi nous remplissons cet agréable devoir de remercier tous nos maîtres de cette Faculté, spécialement MM. les professeurs Dieulafoy, Landouzy, Budin, Pinard et Reclus, dont les leçons cliniques nous ont été particulièrement profitables.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien agréer l'expression de mon entier remerciement et de ma reconnaissance infinie, pour la grande amabilité avec laquelle il nous a reçu dans son service, et pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

DÉFINITION ET DISCUSSION.

Il paraîtrait tout d'abord que rien n'est plus facile que de donner la définition de l'anévrysme iliaque externe. En effet, on pourrait appeler anévrysme de l'iliaque externe, tout anévrysme siégeant sur l'artère homonyme. Mais malheureusement les choses ne se présentent pas d'une manière aussi simple en clinique. Car à côté des anévrysmes siégeant les uns au-dessus, les autres au-dessous de l'arcade crurale, on en trouve d'autres, qui sont divisés par l'arcade en deux parties plus ou moins égales. Pour la première catégorie il n'y a pas de doute : tout anévrysme siégeant dans la fosse iliaque immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, est un anévrysme iliaque, de même on peut dire pour ceux qui sont situés au dessous du ligament de Poupert, qu'ils ne sont pas des anévrysmes iliaques. Mais pour reconnaître ceux de la troisième catégorie, et pour dire en clinique que tel anévrysme qui dépasse de tant en haut l'arcade crurale et de tant en bas, est un anévrysme iliaque ou fémoral, la question est assez difficile à résoudre. Il y a pourtant à tenir en considé-

ration, et on peut dire avec Malgaigne et M. Kirmisson, que tout anévrysme qui commence à se développer au-dessus de l'arcade est iliaque, tandis que ceux qui commencent au-dessous, sont des anévrysmes de la fémorale.

Ainsi, quand un anévrysme se développe seulement au-dessus de l'arcade, il est iliaque, et quand il commence à se développer au-dessus de l'arcade et qu'après il envahit le triangle de Scarpa en même temps qu'il s'est développé au-dessus, il est aussi iliaque.

Mais admettons que nous sommes en présence d'un anévrysme développé des deux côtés de l'arcade et pour laquelle malade ne peut pas préciser le point du début. D'après quoi se conduire alors ? Nous croyons pouvoir indiquer encore une donnée, que tout le monde devine d'ailleurs : si l'anévrysme est bien plus développé du côté de la fosse iliaque interne et ne l'est que très peu du côté du triangle de Scarpa, on peut admettre qu'il s'agit d'un anévrysme iliaque.

Il y a encore des anévrysmes qui sont développés presque également en haut et en bas de l'arcade crurale. Si on ne connaît pas le point de départ de ces anévrysmes, comment faut-il les appeler ? On peut choisir entre les noms suivants : iliaques, fémoraux, ilio-fémoraux et inguinaux ou ilio-inguinaux. Iliques et fémoraux nous ne pouvons pas les appeler, car affirmer ça serait s'exposer à se tromper sciemment cinquante fois sur cent, peut être un peu moins en disant fémoral qu'iliaque, car il est démontré que les fémoraux sont plus fréquents que les iliaques. Peut-on les appeler alors ilio-fémoraux ?

L'artère iliaque étant en continuité avec la fémorale, rien n'empêche que l'anévrysme se développe aux dépens des deux artères à la fois. Quand on fait l'extirpation d'un pareil anévrysme ou quand on fait la nécropsie, on peut parfaitement se rendre compte du rapport de l'anévrysme avec l'artère ou les artères, et dire d'un tel anévrysme qui s'ouvre à la fois dans l'iliaque et la fémorale au niveau de leur union, qu'il est ilio-fémoral. Nous croyons donc pouvoir admettre cette dénomination dans ces cas. Mais en clinique, et si on ne se décide pas à faire l'extirpation ou si on veut poser le diagnostic avant toute intervention, ce n'est pas ilio-fémoral qu'il faut dire, pour la simple raison qu'on ne sait pas plus s'il est ilio-fémoral que s'il est simplement iliaque ou fémoral. Ainsi nous voyons que ce n'est pas à l'artère qu'il faut recourir pour dénommer un anévrysme siégeant presque également au-dessus et au-dessous de l'arcade crurale et dont le point de départ n'a pas été précisé.

Au point de vue topographique, on pourrait les appeler alors inguinaux ou ilio-inguinaux. Or, le premier de ces noms s'applique aux anévrysmes de la partie supérieure de l'artère fémorale, celle qui occupe le triangle de Scarpa. Si on veut réserver ce nom à ces anévrysmes exclusivement, il ne reste plus que le nom d'ilio-inguinal à donner aux anévrysmes dont nous parlons.

Mais d'autre part toutes les fois qu'on sait que l'anévrysme siège sur l'artère iliaque externe, il faudrait l'appeler anévrysme iliaque externe, et non anévrysme inguinal ainsi qu'on l'a souvent fait jusqu'à présent.

ETIOLOGIE

On peut diviser les anévrysmes iliaques en deux catégories au point de vue étiologique : anévrysme traumatique, et anévrysme spontané.

Le traumatisme peut s'appliquer directement sur la région, ainsi le cas signalé par M. Clutton ⁽¹⁾, reconnaît pour cause un coup de canif porté immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope. Dans l'observation de M. Diez Martin ⁽²⁾, on voit aussi que le malade a reçu un coup de couteau dans la région de l'aîne. L'observation de M. Schopf ⁽³⁾ paraît plus intéressante, car son malade avait porté pendant 23 ans un bandage herniaire, et Schopf reconnaît en ce traumatisme la seule cause de l'anévrysme iliaque de son malade.

D'autres fois le traumatisme est indirect, et on signale

(1) CLUTTON (H. H). Case of traumatic aneurysm of the external iliac Artery, in a boy six years of age, *Lancet*, London 1892, t. II p. 941.

(2) DIEZ-MARTIN. *Virchows Jahresbericht*, 1893, t. XXVIII p. 377

(3) SCHOPF (F). Ueber Aneurysmen der Arteria ilio-femoralis. *Wiener klinische Wochenschrift*. V, 47, 24 novembre 1898, p. 1063.

souvent à la suite d'un effort, soit les premiers signes d'un anévrisme au début, soit un développement rapide d'une tumeur anévrysmale préexistante. L'effort lui-même peut se produire dans des circonstances différentes, ainsi un individu glisse en marchant, fait un effort pour ne pas tomber, et quelques jours après il voit apparaître à la région iliaque une tumeur pulsatile. Le cas de MM. Stevenson et Michael ⁽¹⁾ reconnaît cet effort comme cause unique. D'autres fois comme chez le malade de M. Burney ⁽²⁾, c'est en soulevant un fardeau que l'effort se produit et la tumeur anévrysmale se développe.

Nous savons que dans l'étude de Malgaigne ⁽³⁾ sur les anévrysmes inguinaux, sur 68 observations, il trouve 24 qui étaient causés par des traumatismes, soit par des efforts, soit par des chocs directs sur la région de l'aîne. De même sur les 53 cas examinés par M. Kirrison, le traumatisme est noté 11 fois.

M. Kirrison démontre dans son mémoire, et il cite à ce fait les observations de Malgaigne, de Rouse et de Baker, que souvent les anévrysmes inguinaux reconnaissent pour cause l'existence d'un bubon antérieur.

Dans 16 cas d'anévrysme iliaque que nous avons exa-

(1) STEVENSON (W. F) et MICHAEL (H. J). A case of transperitoneal Ligature of the common iliac Artery for diffuse traumatic Aneurysme of the external iliac, and common femoral Arteries, *Lancet*, Lond. 1896, 1, 224.

(2) MAC-BURNEY. Aneurysme of iliac extern. Artery treated by Ligat. of common Iliac. *Ann. Surg. Phila.*, 1898, xxviii, 128.

(3) MALGAIGNE. Mém. sur les anév. de la rég. inguinale. *Journal de Chirurgie*, t. V, 1846 p. 2 et 42.

minés au point de vue étiologique, nous n'avons pas trouvé signalée cette cause.

Il y a une considération à faire au point de vue du sexe, c'est qu'il est rare chez les femmes, de beaucoup plus rare que chez les hommes ; ainsi nous n'avons trouvé qu'une seule femme sur 17 cas. (Observation de Jameson. ⁽¹⁾)

Il est rare qu'on trouve ces anévrysmes pendant l'enfance ou l'adolescence ; nous l'avons constaté une fois chez un garçon de 5 ans et demi, (cas de Clutton) et il était alors produit par coup de canif.

Parmi les causes générales il y a surtout trois qui pourraient donner naissance à un anévrysme : l'arthritisme, la syphilis et l'alcoolisme.

Nous avons trouvé le rhumatisme seul chez le malade de Pacheco-Vargas ⁽²⁾. Dans le cas de Davie ⁽³⁾, la syphilis est isolée, de même on trouve l'alcoolisme seul occasionnant l'anévrysme du malade de Pasteau ⁽⁴⁾.

Souvent, plusieurs de ces causes générales se trouvent réunies chez le même individu, ainsi nous trouvons la syphilis et le rhumatisme chez le malade de Pires-Caldas ⁽⁵⁾, et bien plus fréquemment la syphilis est trou-

(1) JAMESON. Successful Ligat. of common iliac. Artery for Aneur. of external Iliac. *Lancet*, Lond. 1886, I, 444.

(2) PACHECO-VARGAS. Aneur. de la arteria iliaca externa al nivel del ligamento de Fallopio. *Cron. med. Lima*, 1893, X, 370, 372.

(3) DAVIE. *British med. Journ.* 11 avril 1896

(4) PASTEAU. Anévrysmes multiples des artères iliaques. *Bul. Soc. Anat. de Paris*, 1897 LXXII, 92, 94.

(5) PIRES-CALDAS. Aneur. da arteria iliaca externa esquerda, curado pella ligatura da iliaca primitiva. *Gaz. med. da Bahia*, 1876, 2 s. I, 201

vée avec l'alcoolisme, comme chez les malades de Dandridge (1) et de M. Quénu (2)

D'autres fois la cause n'est pas notée dans les observations. Mais on trouve aussi des observations qui marquent qu'en n'a pas trouvé de cause. Nous allons nous servir de cette constatation un peu plus loin.

Les anévrysmes sont-ils la conséquence d'une lésion artérielle locale, ou dépendent-ils d'une lésion artérielle généralisée et quelle est la part qui dans leur étiologie reviendrait à la prédisposition ?

Pour les anévrysmes traumatiques comme pour ceux qui suivent à des ulcérations, bubons, etc., aucun doute qu'ils ne soient le résultat d'une lésion locale de l'artère, au point traumatisé ou en contact avec l'ulcération.

Quant aux anévrysmes spontanés, M. Kirmisson croit qu'ils sont sous la dépendance d'une maladie générale du système artériel. Parmi les arguments qu'il invoque, il y a un qui nous paraît d'une grande valeur. C'est la multiplicité des anévrysmes. Ainsi il cite sur 53 anévrysmes inguinaux, 8 fois des anévrysmes doubles ; le malade de M. Berger qui eût un anévrysme poplité, et a fait après un anévrysme inguinal au point de compression ; un cas de Pemberton, 3 anévrysmes sur le même membre ; un cas de Buchanan, deux anévrysmes

(1) DANDRIDGE (V. P). Report of a case of transperit. Ligat. of the ext. il. Art. for. Aneur., withe removal of the Aneur. sac, *Fr. South. Surg. et Gynec. Ass.*, 1896, *Phyl.* 1897, IX, 231, 243.

(2) QUÉNU. Anévr. iliaque droit et inguinal gauche guéris par l'extirpation. *Acad. de Méd.*, 4 déc. 1894 et *Gazette Méd. de Paris*, 1895, p. 31, 39.

l'un au-dessus, l'autre au-dessous du ligament de Poupart; enfin la remarquable observation d'Henri Steele, ⁽¹⁾ dont le malade a eu 4 anévrysmes, deux fémoraux et deux iliaques.

Nous pouvons ajouter à ces exemples, le cas de M. Quénu et le malade présenté par M. Pasteau ⁽²⁾ à la Société anatomique. Ce malade qui est mort à la suite de la rupture d'un anévrysme de l'artère iliaque primitive du côté droit, présentait en outre des dilatations anévrysmales sur l'iliaque primitive gauche, deux sur l'iliaque interne droite, une sur l'iliaque interne gauche, d'autres sur l'artère sacrée moyenne, sur le tronc cœliaque, sur l'artère fémorale gauche et l'artère poplitée droite et des bosselures et flexuosités sur l'aorte abdominale ainsi que sur les artères iliaques externes.

Deux faits plaident en faveur de la prédisposition :

1^o Les anévrysmes sont bien plus fréquents dans la race anglo-saxonne, sans que l'arthristisme, l'alcoolisme, la syphilis, soient chez eux plus répandus que chez les autres races, la race latine par exemple.

2^o Souvent on cherche avec toute la rigueur nécessaire la cause de l'anévrysme, et celle-ci échappe complètement à toute enquête. C'est justement ce qui est arrivé avec les malades de Dollinger ⁽³⁾ et de Plasencia ⁽⁴⁾.

(1) STEELE (H). *Edimburg méd. journ.* janvier 1879.

(2) PASTEAU. *Loco citato*.

(3) DOLLINGER. *An. der Arteria iliaca, Pest. méd. Presse*, Budapest 1897, XXXIII, p. 1177.

(4) PLASENCIA. *Acad. des scien. med. de la Habana*, 1885-86 p. 229.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Le début de l'anévrysme iliaque est assez variable. Souvent (1), si l'anévrysme est la conséquence d'un effort, on accuse une douleur assez vive dans la région inguinale, au moment où l'effort s'est produit.

Nous donnons comme exemple le cas de M. Burney. Son malade avait senti une douleur assez vive dans l'aîne, au moment où il faisait un effort pour soulever un lourd fardeau, une semaine après il remarqua la présence dans cette région d'une tumeur pulsatile. De même le malade de Stevenson et Michael avait senti une douleur vive au moment où il tombait, et rentrait une semaine après à l'hôpital, avec une tumeur volumineuse.

D'autres fois la douleur est ressentie au niveau du genou ou à la jambe comme dans les cas de Pacheco, Vargas et de Symonds (2) et peut s'accompagner du refroi-

(1) MALGAIGNE. *Loco citato*.

VERNEUIL. *Dict. enc. des sc. méd.*, article Aîne, p. 291.

(2) SYMONDS (H. P.) A Case of Aneurysm of the external iliac Artery cured by compression. *Lancet*, 1891, L, p. 80.

dissement du membre. La tumeur n'est remarquée que plus tard.

Enfin, l'anévrysme peut débiter encore par une légère fatigue, par une faiblesse musculaire, par un engourdissement du membre, comme chez le malade de Pires Caldas.

Dans d'autres cas, le début est tout à fait insidieux et c'est par hasard que les malades s'aperçoivent de l'existence d'une tumeur au-dessus du pli de l'aîne (Dandridge, Quénu).

La tumeur une fois constituée, présente tous les caractères des anévrysmes en général. Nous n'allons donc pas décrire tous ces caractères physiques et physiologiques. Nous nous contenterons seulement d'en signaler quelques-uns qui nous paraissent se différencier un peu de ceux des anévrysmes en général.

D'abord au point de vue du volume, ils acquièrent parfois des dimensions énormes : gros œuf, gros poing, (Mc. Burney), tête d'enfant nouveau-né (Jameson, Quénu), tête d'enfant de deux ans (Tillaux), sont les expressions usitées pour désigner leur grosseur. En hauteur ils peuvent dépasser l'ombilic, en largeur, ils peuvent s'étendre au-delà de la ligne médiane.

Leur forme peut être parfois bilobée, par suite de la compression de l'arcade crurale sur la tumeur.

Souvent la tumeur est réductible en partie, même si elle atteint un volume considérable. Chez notre malade par suite de l'application d'un bandage compressif sur la tumeur, la réduction était très notable le lendemain. Nous n'avons pas trouvé notée cette réduction dans les autres observations.

Les battements, l'expansion et le souffle intermittent, ont été trouvés dans la grande majorité des observations.

Le pouls, dans la fémorale, dans la poplitée, la tibiale postérieure et la pédieuse est très affaibli, souvent même imperceptible. La tension artérielle est augmentée dans le reste de la circulation et on entend souvent à l'auscultation du cœur, un claquement des valvules sigmoïdes aortiques, signe d'artério-sclérose généralisée.

A côté de ces symptômes, il y en a d'autres qui résultent de la compression de la tumeur sur les organes voisins. Or, à côté de l'artère iliaque se trouve le nerf crural et la veine fémorale. La compression du premier causera des douleurs, des fourmillements, de l'engourdissement ou de la paralysie du membre inférieur. Des fois ces douleurs peuvent ne pas exister à aucune époque de la maladie, comme chez notre malade. D'autres fois elles se manifestent à une époque variable, avec une intensité variable, pouvant aller jusqu'à empêcher complètement les malades de marcher, et le torturer d'une manière atroce, tels les cas de Schopf, Pires Caldas, Jameson, Pacheco Vargas etc.

La compression de la veine produira des dilatations variqueuses dans le membre inférieur affecté, mais surtout de l'œdème. Cet œdème peut parfois être peu étendu, mais le plus souvent il intéresse tout le membre inférieur, même il peut s'étendre aux organes génitaux, la verge et le scrotum, pouvant encore occuper le membre inférieur opposé comme chez notre malade.

Souvent l'œdème est dur, il y a du gonflement sans dépression de la peau à la pression du doigt.

Au point de vue de la marche, nous avons trouvé qu'elle se fait très rapidement. Excepté le cas de Schopf, qui durait depuis 7 ans, tous les autres ont évolué en moins de deux ans, quelques-uns mêmes en quelques mois. Mais, il faut dire que parfois elle se fait d'une manière progressive (cas de Caldas), et le plus souvent la tumeur après avoir accrue très peu pour un temps plus ou moins long, prend tout d'un coup, soit à la suite d'un effort, soit sans cause appréciable, un développement considérable et atteint en peu de temps un volume énorme, (cas de Jameson, Dandridge, Plasencia, Dollinger, Schopf et le notre.)

Peut-être dans ces cas une fissure de la poche permet la sortie du sang dans les tissus environnants et la formation des poches secondaires.

Nous n'avons pas trouvé un seul cas d'anévrisme iliaque qui ait guéri spontanément.

La rupture de la poche est la tendance naturelle de la marche de ces anévrysmes. Elle peut se faire soit à l'extérieur du côté de la peau, (M. Quénu pratiqua l'opération de son malade en craignant la rupture cutanée), soit à l'intérieur, et alors, dit M. Delbet (1), elle se fait en deux temps : dans un premier temps elle s'ouvre dans le tissu cellulaire de la région et dans un deuxième dans le péritoine. Quand la rupture se fait dans le tissu cellulaire, le sang peut rester contenu dans une sorte de poche artificielle formée par les tissus environnants et la mort est alors retardée ; tandis que la rupture dans le péritoine

(1) DELBET. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. IV, p. 243.

est autrement grave, la mort pouvant alors être foudroyante. C'est dire combien le pronostic est grave.

En ce qui concerne le diagnostic de ces anévrysmes, le plus souvent il est assez facile de reconnaître que la tumeur est anévrysmale. Pourtant des erreurs ont été commises. Souvent on a confondu l'anévrysme iliaque avec un ostéo-sarcome iliaque, et cela dans deux circonstances toutes différentes. D'abord des ostéo-sarcomes pulsatiles ont été pris pour des anévrysmes, tels les cas de Stanley et de Moore cités par M. Kirrmisson ⁽¹⁾.

Puis des anévrysmes devenus durs ont été pris pour des ostéo-sarcome. L'erreur de Lisfranc est de cette nature. Elle est rapportée par Verneuil ⁽²⁾ qui la raconte de cette manière. « Je retrouve dans mes notes d'internat qu'un homme de forte constitution âgé de 50 ans environ, fut reçu dans le service de Lisfranc en 1845. Le membre inférieur gauche fut envahi par un œdème énorme qui remontait jusqu'à l'ombilic presque; le pli de l'aîne et la fosse iliaque étaient occupés par une tumeur considérable, dure, immobile, qui fut prise pour un ostéo-sarcome du bassin. A la longue, le sommet se ramollit et l'on pensa à un abcès. L'ouverture donna issue à une énorme quantité de caillots fibrineux et de sang altéré. Le malade mourût épuisé par la suppuration et l'infection putride. A l'autopsie on trouva un anévrysme de l'iliaque externe de dimensions gigantesques et qui était oblitéré. L'examen le plus attentif pendant la vie n'avait pu révéler la nature du mal. »

(1) KIRMISSON. *Traité de Chirurgie*, t. VIII, p. 699.

(2) VERNEUIL *Loco citato*, p. 295.

L'artère étant repoussée en avant par ces tumeurs osseuses, il faudra toujours chercher si l'artère iliaque externe bat isolément. Ce signe a permis à M. Duplay de rejeter, dans un cas, le diagnostic anévrysme.

Parmi les tumeurs liquides, c'est avec les abcès que les anévrysmes iliaques se confondent le plus souvent. On comprend le grand intérêt qu'il y a à distinguer ces deux variétés de tumeur, car l'incision d'un anévrysme serait capable d'entraîner la mort du malade.

La méprise se fait de deux façons : parfois l'artère bat assez fort et imprime ces battements à l'abcès. Mais le plus souvent il s'agit d'un anévrysme suppuré et en faisant l'incision on reconnaît des caillots sortant de la poche. Ainsi Norris cite deux cas, où de semblables anévrysmes furent ouverts pour des abcès : les malades moururent (Follin, p. 473).

Enfin, on a confondu l'anévrysme iliaque externe avec l'occlusion intestinale. Nous citons in extenso le cas que MM. Iselin et Estrabeau (1) ont rapporté à la Société anatomique. « Le malade est entré dans le service de M. Bazy, pour des phénomènes d'occlusion intestinale aiguë, et opéré d'urgence dans la nuit même (anus cæcal), meurt d'une syncope le troisième jour après l'opération. « A l'autopsie on trouve dans l'abdomen une masse rougeâtre, remplissant toute la gouttière costale gauche depuis la huitième côte, la région lombaire gauche et la fosse iliaque du même côté. Le colon pelvien est refoulé dans la fosse iliaque droite, et c'est sur lui qu'a été pra-

(1) ISELIN et ESTRABEAU. *Bull. soc. nat.*, 11 mars 1898.

tiqué l'an^s artificiel. Cette masse est formée par des caillots accumulés, et en les évacuant, on trouve au niveau de l'origine de l'artère iliaque externe gauche, un anévrysme de la grosseur d'un œuf de poule ouvert dans l'abdomen et cause des accidents d'occlusions présentés par le malade. »

Enfin il faut faire le diagnostic de l'artère sur laquelle l'anévrysme siège. Il est parfois assez difficile de distinguer un anévrysme de l'iliaque externe, d'un anévrysme de l'iliaque primitive. Pourtant celui-ci commence plus haut et sa marche est très rapide, tel le cas de Hughes, cité par M. Delbet.

Quant à diagnostiquer un anévrysme de l'iliaque externe d'un anévrysme de la fémorale, nous avons discuté cette question au chapitre de la définition. Nous n'y reviendrons donc pas.

TRAITEMENT.

Nous ne parlerons pas de toutes les méthodes proposées pour le traitement des anévrysmes. Les chirurgiens n'ont appliqué aux anévrysmes iliaques qu'une des quatre méthodes suivantes :

La compression,

La ligature,

L'incision (méthode d'Anthyllus),

L'extirpation (méthode de Purmann).

Une fois un anévrysme iliaque a guéri par la **FLEXION FORCÉE**. C'est le cas de M. Pacheco Vargas. Elle a été faite pour ainsi dire involontairement, le malade ayant reçu, par erreur, nous dit l'observation, une injection très forte de morphine à cause des douleurs dont il souffrait, et s'étant endormi pendant plusieurs heures, assis dans son lit, la cuisse très fortement fléchie sur l'abdomen. Le lendemain, le médecin, qui la veille avait décidé de faire la ligature, fût très surpris de constater que la tumeur était devenue dure. On n'intervint plus, et le malade quitta l'hôpital deux mois après, complètement guéri.

Dans les deux statistiques de M. Delbet, on trouve que **LA COMPRESSION** a été employée trois fois. Dans l'un des cas (Bennett) (1) la compression a complètement échouée, et la ligature de l'iliaque externe faite après, a été suivie de la gangrène du membre. Pourtant le malade a guéri après amputation.

Dans un deuxième cas (Symonds) la compression a dû être faite pendant plusieurs séances et la guérison se fit au prix d'une eschare au niveau du tourniquet compresseur. Enfin dans le troisième cas (Barker), la guérison est survenue sans aucun accident. Dans les trois cas la compression a été mécanique et indirecte, dans le troisième, la compression mécanique a été réunie à la compression digitale.

Enfin dans le cas de Plasencia on tenta la compression directe sur la tumeur par un spica de l'aîne, mais le malade n'a pas pu la supporter.

Si nous réunissons maintenant ces cinq cas, nous trouvons que deux fois (Vargas et Barker) la guérison est survenue sans accidents, une fois la guérison se fit au prix d'une eschare insignifiante, et deux fois elle a complètement échouée. De ces échecs, l'un (Bennett) a été suivi après ligature de l'iliaque externe, de la gangrène du membre inférieur, l'autre n'a donné naissance à aucun accident et a très bien guéri après la ligature de l'iliaque externe.

On a reproché à la compression d'être capable de produire la gangrène, par détachement d'un petit caillot qui

pénétrerait dans la circulation et donnerait naissance à une embolie. Pour le cas où nous avons eu gangrène après compression et ligature, nous ne savons pas trop la part qui revient à la compression et à la ligature sur la formation de cette gangrène. Nous n'avons pas pu nous procurer l'observation in-extenso.

Dans le cas spécial d'anévrysme iliaque, un grand reproche est que le plus souvent étant obligé de comprimer l'iliaque primitive, la compression présente des grandes difficultés, et les douleurs qu'elle provoque sont insupportables. Enfin il y a des anévrysmes qui remontent très haut dans l'abdomen pour qu'on ne puisse pas faire une autre compression que celle de la poche, la pire des toutes. En ajoutant encore à cela que la proportion de guérisons données est inférieure à celle des méthodes opératoires, que souvent on est obligé après compression infructueuse de recourir à un autre procédé, et que celui-ci guérit là où la compression a échoué, nous croyons qu'on ne peut pas la proposer comme méthode de choix.

Pourtant elle n'est pas moins une méthode de traitement qui donne parfois des résultats assez satisfaisants.

MM. Forgue et Reclus (1) donnent comme indications pour la compression : « un anévrysme traumatique de petit volume à parois épaisses, une artère saine en amont de la tumeur sans plaques d'athéromes, sans lésions d'artério-sclérose, un malade patient, peu excitable » ; et comme contre indications : « malade impatient, artères

(1) FORGUE et RECLUS. *Thérapeutique chirurgicale*, T. I, p. 391.

altérées; sac à parois minces, volumineux, à développement rapide, non affaissement du sac après une première séance de compression de 12 heures au moins ».

Inutile de dire que la compression par le **PROCÉDÉ DE REID**, qui a été employée parfois pour des anévrysmes de la partie supérieure de la fémorale, ne peut jamais être appliquée aux anévrysmes iliaques.

LIGATURE ARTÉRIELLE peut se faire, soit au-
la tumeur, soit au-dessous, soit en même temps au-dessus
dessus de et au-dessous.

Nous ne parlerons pas longtemps sur les **ligatures artérielles périphériques**. Elles sont employées surtout pour les anévrysmes de la base du cou. Il y a trois procédés : celui de Brasdor, de Wardrop et de Fearn. En général ils sont bien inférieurs aux procédés d'Anel.

Quant à la méthode par **double ligature** au dessus et au-dessous de la tumeur, celle-ci a été employée une fois par M. Clutton. Le résultat fût bon, car son malade a guéri.

Nous avons passé rapidement sur ces méthodes car elles ne sont pas employées, où le sont très rarement. Nous insisterons un peu plus sur la **ligature au-dessus** de la tumeur.

Il y a trois procédés pour faire la ligature d'une artère au dessus du sac :

- 1° Le procédé d'Anel.
- 2° Le procédé de Hunter.
- 3° Le procédé de Scarpa.

Par le procédé d'Anel, on lie l'artère immédiatement

au-dessus de l'anévrysme sans laisser aucune collatérale entre le point lié et la poche. Anel pratiqua le premier la ligature d'une artère sans incision du sac. Le chirurgien français exerçant à Rome, donnait ses soins au R. P. Bernardino de Bolzemo et fit, pour anévrysme du coude, la ligature de l'artère immédiatement au dessus de la tumeur, le 30 janvier 1810.

Par le procédé de Hunter, on laisse une collatérale entre le sac et le point lié. Scarpa fait la ligature encore plus loin en dessus.

Comment se produit la guérison par la ligature au dessus du sac ?

Immédiatement après la ligature, la circulation ne se faisant plus dans la poche, les battements et le souffle disparaissent et la tumeur s'affaisse, en se vidant d'une partie du sang qu'elle contenait. Cet affaissement est amené par l'élasticité du sac et par la réaction des parties molles qui enveloppent la tumeur. Puis elle devient dure, par formation d'un caillot passif fibrino-globulaire formé après la ligature, par suite de l'interruption de la circulation dans le sac. Mais le sang peut revenir dans le sac, qui s'anime alors de battements passagers. Des couches de fibrine se déposent autour du caillot passif, qui est ainsi transformé en caillot actif. Par suite de la rétraction de celui-ci, la tumeur diminue de plus en plus jusqu'à être considérablement réduite de volume. L'anévrysme s'est alors transformé en une petite tumeur dure, qu'on a vue même parfois complètement disparaître. La guérison de l'anévrysme est alors constituée.

Mais la ligature des artères iliaques externe ou

primitive, produit des modifications dans toutes les parties et organes qui reçoivent leur sang de ces artères, spécialement dans tout le membre inférieur. Ainsi immédiatement après la ligature on voit le membre se refroidir et devenir pâle, pas dans tous les cas, car des fois la température est plus élevée, et la couleur plus rouge que du côté sain, ce qui pour Broca tiendrait à la dilatation des artérioles cutanés.

Des engourdissements, des fourmillements, des élancements douloureux peuvent se produire dans le membre. Nous ne voulons pas parler maintenant de la gangrène, qui constitue une complication de la ligature. Nous voulons seulement dire que tous ces phénomènes sont dûs à l'interruption momentanée de la circulation dans le membre inférieur. Les anciens chirurgiens qui ignoraient l'importance des anastomoses et de la circulation collatérale, considéraient la gangrène comme inévitable et rejetèrent toujours la ligature des grosses artères. Nous allons voir maintenant quelles sont ces **ANASTOMOSES** qui assurent le rétablissement de la circulation dans le membre, dans les cas de ligatures de l'iliaque externe ou de l'iliaque primitive.

Si on lie l'iliaque externe, la circulation collatérale se rétablit par des anastomoses entre les branches de l'iliaque externe et de la fémorale d'un côté, et de l'autre côté trois ordres de branches et de rameaux : 1^o branches venant de l'aorte ou de ses collatérales situées au-dessus de l'iliaque primitive ; 2^o branches venant de l'iliaque externe et fémorale du côté opposé ; 3^o branches venant de l'iliaque interne du même côté que la ligature.

Nous savons que l'iliaque externe donne naissance à deux branches collatérales : l'épigastrique et la circonflexe iliaque.

Les branches terminales de l'épigastrique s'anastomosent avec les branches terminales de la branche abdominale de l'artère mammaire interne. Deux collatérales de l'épigastrique, la sus-pubienne et l'anastomotique de l'obturatrice, s'anastomosent, la première, grêle, avec sa similaire du côté opposé pour former l'arcade sus-pubienne, la deuxième, assez volumineuse, avec l'obturatrice, branche de l'hypogastrique.

La deuxième branche de l'iliaque externe, l'artère circonflexe iliaque, s'anastomose elle aussi, d'un côté avec l'aorte abdominale par des anastomoses jetées entre la branche abdominale de la circonflexe et les branches antérieures des artères lombaires, d'un autre côté avec l'hypogastrique, par des anastomoses entre les rameaux internes de la branche iliaque de la circonflexe, et l'ilio-lombaire, de l'hypogastrique.

Quant à l'artère fémorale, elle s'anastomose avec l'épigastrique et la circonflexe iliaque par sa collatérale, sous-cutanée abdominale ; puis par la honteuse externe inférieure, avec la périnéale superficielle de la honteuse interne de l'hypogastrique ; mais la principale anastomose est celle située entre la circonflexe postérieure de la fémorale profonde et l'ischiatique de l'hypogastrique.

Ces anastomoses permettent le rétablissement du sang, dans le cas de ligature de l'iliaque externe. Mais, si on lie l'artère iliaque primitive, la circulation directe entre

les anastomoses des artères iliaque externe et fémorale d'une part, et d'autre part de l'iliaque interne, est interrompue, et si le sang n'arrivait pas dans cette artère la circulation dans le membre inférieur serait compromise. Toujours est-il que la circulation de ce membre à l'aide de l'hypogastrique, se fait par l'intermédiaire d'un double cercle anastomotique, ce qui ferait prévoir que la gangrène doit être plus fréquente dans la ligature iliaque primitive que dans celle de l'iliaque externe. D'autre part l'iliaque interne donne neuf branches terminales chez l'homme et onze chez la femme, qui irriguent divers organes du bassin et dont la circulation se fait après ligature de l'iliaque primitive, par l'intermédiaire des anastomotiques. Voyons donc quelles sont ces anastomotiques. Nous ne parlerons bien entendu, que de celles situées, entre l'iliaque interne et les branches de l'aorte de dessus l'origine de l'iliaque primitive, et entre l'hypogastrique d'un côté et celle du côté opposé ; quant aux anastomoses entre l'iliaque interne d'une part, et les branches de l'iliaque externe et la fémorale d'autre, elles ont déjà été étudiées.

Des deux branches de l'artère sacrée latérale de l'hypogastrique, la première, l'artère sacrée latérale supérieure s'anastomose directement avec la sacrée moyenne, branche terminale de l'aorte ; tandis que la deuxième, l'artère sacrée latérale inférieure, émet des rameaux transversaux qui s'anastomosent avec les divisions également transversales de la sacrée moyenne, puis elle finit par s'anastomoser elle-même avec une collatérale de la sacrée moyenne, au niveau de la pointe du coccyx.

Au niveau des bourses l'artère déférentielle branche de la vésicale inférieure, s'anastomose avec la spermatique branche de l'aorte abdominale.

Quelques rameaux de l'hémorrhoïdale moyenne s'anastomosent avec des rameaux de l'hémorrhoïdale supérieure, branche de la mésentérique supérieure, branche de l'aorte.

Chez la femme une des branches terminales de l'utérine s'anastomose en plein canal avec l'ovarienne, branche de l'aorte abdominale; et la vaginale d'un côté s'anastomose avec celle du côté opposé.

De l'artère obturatrice, le rameau pubien d'un côté s'anastomose avec celui du côté opposé.

Enfin l'hémorrhoïdale inférieure branche de la honteuse interne, s'anastomose avec l'hémorrhoïdale supérieure branche de la mésentérique inférieure.

MANUEL OPÉRATOIRE. — Les anévrysmes de la région iliaque, montent généralement assez haut pour que la ligature de l'artère homonyme soit le plus souvent impossible. Pourtant, ainsi que nous le verrons, elle a été pratiquée plusieurs fois. On comprend que l'artère étant occupée à sa partie inférieure par l'anévrysme, ce n'est pas à cette partie qu'on la liera. La ligature sera faite à la partie supérieure de l'artère, immédiatement au-dessous ou assez près de son origine, si l'anévrysme ne s'étend pas jusque-là et si les parois de l'artère ne sont pas malades.

Nous ne décrirons pas les nombreux procédés employés pour la ligature de l'iliaque externe.

Nous insisterons surtout sur les procédés qui permettent en même temps de faire la ligature de l'iliaque primitive et de la partie supérieure de l'iliaque externe.

Mais avant de commencer la ligature, il faut bien savoir quel est le trajet des vaisseaux et les rapports qu'ils présentent avec les organes qui les entourent. Parmi ces organes, la veine, la plus intéressante à connaître, se trouve située en arrière et en dedans à droite, en dedans du côté gauche ; l'uretère croise l'artère en X, le nerf génito-crural passe en avant de l'iliaque externe. Mais quand on fait le décollement de péritoine ou mieux son refoulement en dedans, l'uretère, ainsi que les vaisseaux et nerfs génitaux, sont repoussés avec lui dans les circonstances ordinaires.

Quelle est maintenant la projection de la direction de ces vaisseaux sur la paroi abdominale ? D'après Chalot (1), l'iliaque primitive et externes sont situées sur le trajet d'une ligne convexe, qui va du milieu de l'arcade crurale à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic et dont la partie moyenne est à 4 centimètres de la ligne blanche. Quant à l'iliaque interne, on peut considérer son trajet long de 2 à 3 centimètres, oblique en bas en dedans et en avant, comme un simple appendice de la précédente ligne indicatrice. L'origine de l'iliaque interne est à 9 centimètres au-dessus de l'arcade crurale et à 3 centimètres de la ligne blanche.

On emploie deux méthodes pour la ligature de ces artères : 1^o méthode extra-péritonéale, 2^o méthode intra-péritonéale.

(1) CHALOT. *Gaz. hebdom. des sc. méd.*, Montpellier, 1884, p. 16.

Méthode extra-péritonéale. — C'est Valentine Mott, (1) qui le premier a pratiqué avec succès le 15 mai 1896, la ligature de l'artère iliaque primitive pour anévrysme.

Il s'agissait d'un volumineux anévrysme iliaque s'étendant depuis l'arcade crurale jusqu'à l'ombilic et en travers, depuis la ligne blanche jusqu'à l'épine iliaque postérieure. Son opération est longuement citée dans les Archives générales de médecine, t. xxv, p. 56.

Gibson l'avait fait avant lui pour une tumeur par arme à feu, mais son malade succomba 15 jours après.

Nous ne décrivons par les procédés de Crampton, de Salomon, de Bellingham, de Hey, de Deguise et de Guthrie.

Nous insisterons seulement sur l'incision de Marcellin Duval. Il a proposé un procédé unique pour la ligature des artères iliaques primitives, interne et supérieure de l'externe. L'incision commence à trois travers de doigt au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure ; il la dirige en bas et en dehors vers l'arcade crurale suivant une ligne oblique qui aboutirait à quatre centimètres en dehors de l'ombilic ; dès qu'elle arrive à un grand travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, il la recourbe en bas et en dedans jusqu'au bord supérieur de l'arcade, et l'arrête à un grand travers de doigt en dedans, du côté interne de l'iliaque externe.

M. Chalot (Gaz. Montpellier) propose l'incision cutanée

(1) Valentine Mott. *The Amer. Journ.*, 1827, p. 156.

suivante : « une ligne qui commence à deux centimètres au-dessous et cinq centimètres en dehors de l'ombilic et qui se termine à deux centimètres au-dessus du milieu de l'arcade crurale. »

Voici maintenant le procédé indiqué par M. Farabeuf dans son Manuel de Médecine opératoire. L'incision cutanée est celle de M. Duval : « On marque le trajet de l'artère. Pour le côté gauche : à 0 mètre 03 en dehors de l'épine du pubis, au-dessus et près de l'arcade fémorale, commencez une incision de 0 mètre 12, qui soit parallèle à l'arcade dans son premier tiers, se recourbe ensuite en arc de cercle (tiers moyen), pour remonter enfin perpendiculairement à l'arcade (dernier tiers) vers un point situé à 0 mètre 03 en dehors de l'ombilic. Pour le côté droit, même incision faite en sens contraire. Incisez pareillement l'aponévrose du grand oblique, après qu'elle aura été découverte par la section du tissu adipeux et la ligature des vaisseaux sous-cutanés abdominaux. Allez chercher, décollez et soulevez le bord inférieur du petit oblique et dans la partie ascendante de l'incision, coupez avec précaution les fibres de ces muscles, soit directement en vous aidant de la pince, soit sur une grosse sonde mousse, car la sonde cannelée ordinaire est dangereuse, soit et c'est le mieux, sur le bout du doigt insinué peu à peu de bas en haut entre l'oblique et le transverse. Pour inciser celui-ci à son tour et en même temps le fascia transversalis qui adhère au muscle sauf en bas, redescendez sur la terminaison de l'artère iliaque externe et là, en dehors de l'anneau inguinal interne, assez haut au-dessus de l'arcade, pincez le fascia et faites-y une

boutonnière par déchirure ou autrement. Alors avec le bout du doigt porté de bas en haut dans la boutonnière, décollez peu à peu le péritoine, coupant à mesure le muscle transverse et son fascia jusqu'au sommet de la partie ascendante de la plaie. La paroi abdominale est largement incisée, le péritoine est sous vos yeux, il va se laisser décoller de la fosse iliaque et refouler en dedans avec son contenu l'intestin. Pour ce faire, ramenez encore l'index gauche vers l'arcade toucher l'iliaque externe. En suivant avec le doigt la face antérieure de cette artère, décollez le péritoine de la fosse iliaque sans le secours d'aucun instrument. Appliquez-vous à aller lentement, remontant devant l'artère iliaque externe qui vous guide, poussant l'ongle au contact même de la gaine vasculaire pour détacher et refouler avec le péritoine tout le tissu cellulaire, y compris les vaisseaux génitaux et plus profondément l'uretère. Enfin, arrivé sur le vaisseau à lier, demandez à un aide d'enfoncer deux longs doigts très profondément et d'écarter le péritoine en haut et en dedans, pendant que, toujours avec l'index gauche et un long instrument mousse, pince ou sonde, vous isolerez votre artère. Passez le fil avec un instrument courbe de dedans en dehors, le doigt protégeant les veines. »

Méthode intra-péritonéale ou transpéritonéale. Nous sommes bien loin aujourd'hui de cette réflexion de Malgaigne : (1) « Il m'est impossible de comprendre qu'un chirurgien

(1) *Journal de Chirurgie* 1896, p. 52.

s'avise d'ouvrir le ventre, tant qu'il pourra s'en abstenir.» Avec les progrès de l'antiseptie moderne, on ne s'abstient plus, on ne doit plus s'abstenir d'ouvrir le ventre pour faire la ligature de l'iliaque primitive. La ligature trans-péritonéale, non seulement ne donne naissance à aucun accident de péritonite tant qu'on prend toutes les précautions antiseptiques nécessaires, mais nous pouvons dire qu'elle est aujourd'hui la plus employée, vu la facilité avec laquelle on arrive immédiatement sur l'artère et le fait qu'elle permet de mieux voir au fond de la plaie.

Il y a même des cas où elle est spécialement indiquée et seule applicable. C'est dans les cas où des adhérences intimes unissent la poche aux tissus environnants. Il est difficile alors non seulement de décoller le péritoine, mais même de le disséquer. Nous croyons donc que cette méthode mérite bien une description à part, à côté des autres méthodes décrites dans les livres classiques.

Cette méthode a été mise en pratique par Garviso, chirurgien de l'Amérique du Sud une première fois en 1837 sans succès, puis quelques années plus tard avec succès complet. Il faisait une incision de 4 pouces de longueur et oblique de bas en haut et de dehors en dedans, divisait la peau, les muscles, le péritoine, repoussait les intestins et l'épiploon du côté opposé, reconnaissait le vaisseau et déchirait avec une sonde cannelée le péritoine qui le recouvre. Malgré l'issue de quelques anses intestinales, la ligature fût placée et serrée chez le premier sujet au bout de 10 minutes.

Il y a plusieurs manières de faire l'incision de la peau ;

la plupart des chirurgiens emploient pourtant la laparatomie médiane. Seulement, les uns commencent l'incision au-dessous de l'ombilic, les autres laissent l'ombilic à la partie moyenne de l'incision. Peu importe. L'intéressant est de faire une incision dans la paroi abdominale sur la ligne blanche, longue environ de 10 centimètres, après avoir bien aseptisé la région, chloroformisé, et placé le malade dans la position de Trendelenburg. Cette position facilite beaucoup l'opération, en ne permettant pas la descente de l'intestin, et en laissant bien voir le fond de la plaie.

Après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire, divisez les aponévroses sur une sonde cannelée ainsi que le péritoine, en faisant attention pour ne pas léser l'intestin soit avec le bistouri soit avec la sonde.

Si la masse intestinale vous empêche encore de voir, refoulez-la vers le diaphragme à l'aide d'une grande compresse de gaz introduite dans la cavité péritonéale. Allez avec les doigts, après avoir introduit la main dans la cavité péritonéale si vos doigts ne sont pas assez longs, à la recherche de l'artère au niveau de l'angle sacro-vertébral. Reconnaissez le cordon aplati et blanc qui croise l'iliaque primitive à sa partie inférieure et soulevez un peu le péritoine : C'est l'uretère. Reconnaissez l'artère à travers le péritoine, et incisez celui-ci ou excisez avec précaution. Vous êtes sur l'artère, vous la touchez, vous pouvez la voir. Passez une aiguille de Deschamps de dedans en dehors, après avoir bien isolé l'artère et liez. La veine iliaque primitive se trouve à droite, en dedans et en arrière de l'artère, à gauche en dedans.

Voyons maintenant quels sont les **ACCIDENTS ET LES COMPLICATIONS** qui surviennent après la ligature de l'artère en général et nous examinerons après ceux qui sont apparus après les ligatures de l'iliaque externe et primitive.

Parmi ces accidents, il y en a qui apparaissent immédiatement ou peu de temps après la ligature. Ce sont la gangrène et la réapparition des battements dans la poche peu de temps après la ligature, non la réapparition momentanée que l'on voit même quand l'anévrysme guérira, mais celle qui se maintiendra infiniment, parce que l'anévrysme n'est pas guéri.

La gangrène est produite par le défaut de rétablissement de la circulation collatérale. Le processus nécrobiotique envahit le membre dépourvu de circulation. Il y a plusieurs circonstances qui favorisent la production de la gangrène. Parmi celle-ci nous citerons la compression intempestive du membre, le refroidissement du membre après l'opération d'où la nécessité de le chauffer, les hémorrhagies qui ont précédé l'application de la ligature, les altérations des vaisseaux, artérite et athérome généralisé, le procédé de ligature employé, (Hunter plus qu'Anel).

Deux causes favorisent la production de la gangrène dans le procédé de Hunter plus que dans celui d'Anel. D'abord il faut pour une partie de la circulation collatérale un double cercle anastomotique, et puis la formation des caillots n'est pas la même que dans le procédé d'Anel.

En effet tandis que dans ce procédé, il se forme un seul

caillot dans la poche et la partie inférieure de l'artère jusqu'à la première collatérale, dans la ligature par le procédé de Hunter, il se produit en général deux caillots : l'un dans la poche anévrysmale, l'autre dans le bout supérieur de l'artère, immédiatement au-dessus de la collatérale. Il existe donc un tronçon artériel au-dessus de l'anévrysme, qui n'est pas bouché par les caillots.

Après le rétablissement de la circulation collatérale, le sang peut pénétrer par la partie supérieure de la poche anévrysmale, et si le caillot passif n'est pas suffisamment constitué, si la circulation collatérale se rétablit assez rapidement, ou encore si la pression sanguine dans la collatérale est assez élevée, un fragment de caillot peut se détacher, et la gangrène pourrait en être la conséquence. Celle-ci peut survenir 10, 15, 20 jours après. C'est un des reproches qu'on fait au procédé de Hunter. (1)

Généralement la gangrène produite est sèche, elle peut occuper tout un membre ou déterminer seulement la chute d'un pied, d'un orteil, d'une phalange. D'autre fois il y a seulement des parties molles qui se sphacèlent et qui tombent. On comprend que la gravité de la gangrène varie avec son étendue et que souvent elle est effroyable, pouvant déterminer la mort.

La réapparition permanente des battements et du souffle provient de la pénétration du sang dans la poche, soit par le bout inférieur de l'artère liée, soit par une colla-

(1) RECLUS. *Clinique chirurgicale de la Pitié*, 1894.

térale inférieure qui s'ouvre dans la poche, soit enfin par une collatérale supérieure, si c'est la méthode de Hunter qui a été employée. C'est généralement dans ce cas qu'elle se produit le plus souvent. Dans ces cas où après la ligature de l'artère le sang continue à pénétrer dans la poche, il faut chercher si c'est possible de trouver la voie par laquelle le sang y pénètre et faire une ligature sur l'artère qui fournit le sang.

Mais en dehors des accidents qui surviennent immédiatement, il y en a qui surviennent plus tardivement.

Nous ne faisons que mentionner *la névrite* et *la phlébite*, pour nous occuper d'un accident qui a beaucoup inquiété l'ancienne chirurgie.

Je veux parler de *l'hémorrhagie par la plaie de la ligature*. Elle apparaît au moment de la chute du fil et provient le plus souvent de l'ulcération des tuniques vasculaires par le fil constricteur. C'est dire qu'elle est bien moins fréquente depuis qu'on emploie la méthode antiseptique. Avec un fil stérile il ne faut pas avoir d'hémorrhagie dit M. Reclus. Elle apparaît vers le cinquième, dixième, quinzième, vingtième jour, même quatre, cinq, six semaines après la ligature. Parmi les autres causes de production d'hémorrhagie il faut noter la section complète des tuniques artérielles par le fil — ce qui arrive surtout avec des parois artérielles malades par suite d'artérite aiguë ou d'artério-sclérose généralisée, qui n'est pas pourtant toujours une cause de rupture — puis, la chute prématurée du fil avant que la cicatrice vasculaire ait eu le temps de se former. Enfin le voisinage d'une collatérale volumineuse, soit au-dessus soit au-dessous

du point lié, empêche l'oblitération de l'artère par le caillot, et favorise ainsi l'hémorrhagie, d'où la nécessité de s'éloigner le plus possible des collatérales volumineuses.

On a beaucoup discuté sur la nature du fil à employer pour éviter l'hémorrhagie. Lister, M. Lucas Championnière et M. Kirrison préfèrent le fil de catgut spécialement préparé des cordes des boyaux ; M. Lucas Championnière a fait même faire une thèse sur ce sujet. D'autres emploient la soie aseptique. Enfin, tandis que pour les uns les fils plats sont les meilleurs, les autres recommandent les fils à section circulaire. Dans ce malentendu général il n'y a qu'une seule chose acceptée par tous : c'est que avant tout, le fil employé doit être aseptique, si l'on veut se mettre presque à l'abri de l'hémorrhagie.

Un autre accident consécutif d'une grande gravité c'est *l'inflammation et la suppuration du sac anévrysmal*. Quels sont les causes qui les produisent ? C'est bien entendu que les agents pyogènes étant la vraie cause de la suppuration, ce sont eux qui produisent la suppuration du sac. Mais est-ce à dire que c'est le chirurgien qui dépose ces agents pathogènes à l'intérieur ou dans le voisinage de la poche ? Avant l'ère antiseptique c'était bien lui l'agent inconscient de la suppuration, dans la grande majorité des cas. Mais la chose est arrivée de nos jours aux chirurgiens les plus distingués et on sait combien ils regardent l'antisepsie comme la vraie religion chirurgicale.

Ainsi, même après une opération antiseptique la suppuration peut se déclarer dans une poche anévrysmale,

et cela arrive d'autant plus facilement que la poche est plus grande, qu'elle est plus près du cœur et qu'elle effleure pour ainsi dire la peau.

Quand l'inflammation survient dans un anévrysme, la tumeur s'entoure d'un empâtement douloureux, la peau devient rouge, la température augmente et de l'œdème peut apparaître. Il faut craindre dans ce cas la suppuration.

La poche suppurée peut se vider en dehors comme un abcès, ou la peau qui le recouvre peut se sphacéler, une eschare se produit et le contenu est éliminé ; d'autres fois le sac enflammé s'ouvre dans le tissu cellulaire sous-cutané ; enfin une hémorrhagie redoutable, voir même mortelle, peut se produire à la suite de l'élimination du contenu du sac.

La suppuration de la poche s'observe le plus souvent du 5^e au 30^e jour de la ligature. Mais il y a aussi des suppurations tardives, ainsi que Delbet, Trélat, et Peyrot ont cité des cas, et ici encore on ne peut pas expliquer cette inflammation tardive par aucune faute d'antisepsie.

Parfois aussi la ligature dépasse pour ainsi dire le but, le sac se retracte avec excès, comprimant, étouffant le tissu nerveux auquel il adhère ; de là des troubles trophiques avec déformation, paralysie et impuissance, résultats assez fâcheux (1).

Enfin nous avons à noter un dernier accident qui est la *récidive*. Elle peut survenir longtemps après la ligature on l'a vue dans un cas reparaitre 15 ans après.

(1) TRÉLAT, *Congrès français de chirurgie*, 1889 (p. 243).

Le malade de Hutchinson qui avait subi une ligature en 1874, revint 4 ans après avec un anévrysme situé sur le même point. William Rose nous cite la récurrence d'un anévrysme chez un malade, auquel il avait fait 2 ans auparavant la ligature de l'iliaque externe.

La récurrence provient de la pénétration du sang dans la tumeur par une des collatérales. Si on connaît cette collatérale, on peut, en la liant, obtenir la guérison de l'anévrysme. Tel le cas de Wood cité par M. Kirmisson. Chez son malade les battements reparurent dans la tumeur peu de temps après la chute du fil de ligature. Deux ans après, remarquant que l'épigastrique était volumineuse, il pensa que le sang pénétrait dans la tumeur par cette artère dont il fit la ligature. Son malade guérit complètement.

Voyons maintenant quels sont les résultats donnés par les **STATISTIQUES** pour les ligatures des artères iliaque externe et iliaque primitive. Nous envisagerons la question de plusieurs façons. D'abord, nous examinerons les statistiques de ligatures des dites artères en général, pratiquées pour n'importe quelle opération et n'importe le temps où elle sont été faites ; puis nous jetterons un coup d'œil sur les statistiques de M. Delbet qui comportent sur 16 cas récents d'anévrysme iliaque externe, auxquels nous ajouterons les 13 observations que nous avons pu recueillir en dehors de celles de M. Delbet.

D'abord pour la ligature de l'iliaque externe, nous trouvons une première statistique faite par Norris en 1847⁽¹⁾, qui sur 118 cas relève une mortalité de 27,90 %.

(1) NORRIS. *Amer. J. of. méd. Sc.* 1847, xiii, p. 20.

Dans la statistique de Eutler qui comporte sur 157 cas, on trouve 47 morts, soit une mortalité de 30,7 %. M. Kirmisson nous donne deux statistiques de ligature de l'iliaque externe. Dans une première statistique qui comporte sur 69 cas de ligature pour anévrisme inguinal, il y avait 13 morts, soit une mortalité de 18,84 %. Dans une deuxième qui comporte sur 40 observations pour une période de 10 ans (1874-1883), il ne trouve que 5 morts, soit 12,50 % de mortalité. M. Delbet ayant trouvé 24 cas échappés à M. Kirmisson, donne pour la même période une mortalité de 16,90 %.

Comme complications, on trouve dans la statistique de Norris 14 hémorrhagies sur 118 cas soit 11,93 %. M. Kirmisson donne sur 43 cas 4 hémorrhagies, soit 9,13 %. Enfin la récurrence est notée 6 fois sur 75 cas par M. Kirmisson, soit une proportion de 8 %. La gangrène a été trouvée 3 fois sur 16 cas (depuis 1887-1895), soit une proportion de 18,74 %.

Voyons maintenant les statistiques faites pour ligature de l'artère iliaque primitive.

Stephen Smith (1) en juillet 1860, donne 32 faits de ligature. Sur ces 32 faits, 15 se rapporte à des ligatures pour des anévrysmes. Sur ces 15 cas, il y a eu 10 morts et 5 guérisons, ce qui donnent une mortalité de 66 %. Si on ajoute encore que deux des malades considérés comme guéris ont succombé plus tard, l'un à une récurrence et une hémorrhagie, l'autre à la suppuration du sac, on trouve une mortalité de 12 sur 15, soit 80 %.

(1) STEPHEN SMITH. *The amer. Journ. of med. Sc.*, 1860, t. XL, p. 17.

Des statistiques plus récentes ont été publiées par Kümmelet par Richter⁽¹⁾. Kümmelet⁽²⁾ nous donne unestatistique de 62 cas de ligature d'artère iliaque primitive. Sur ces 62 cas, 47 fois la ligature a été faite pour des anévrysmes. Il y a eu 34 morts sur 45 malades, ce qui fait une mortalité de 75,5%. Mais dans plusieurs cas on a fait la ligature de l'iliaque primitive après d'autres interventions.

Si on considère seulement les cas dans lesquels on a fait d'emblée la ligature de l'iliaque primitive pour traitement d'anévrysme, on trouve que sur 35 cas il y a eu 9 guérisons et 26 morts, ce qui fait une mortalité de 74,3%. Richter ajoute aux cas de Kümmelet celui de Stetter et encore 10 autres qu'il trouve dans la Chirurgie d'Agnews, 1870, t. I, p. 667, dont les 4 cas de ligature faites pour anévrysme, se sont tous terminés par la mort, ce qui augmente encore la mortalité.

Mais en ne considérant que les cas où la ligature iliaque primitive a été employée d'emblée pour les cas d'anévrysme de l'iliaque externe, on trouve dans les statistiques de Kümmelet que sur 26 cas il y eu 18 morts et 8 guéris, ce qui fait une mortalité de 69,2%.

Quoique la plupart des opérations précédentes ont été faites avant l'antisepsie, elles permettent pourtant de voir que la ligature de l'iliaque externe est bien supérieure à celle de l'iliaque primitive.

Mais ce qui nous intéresse surtout, c'est de savoir si

(1) RICHTER. *Centralblatt f. Chirurgie*, 1884, p. 160.

(2) KUMMELET. Die Unterbindung der Arteria iliaca communis, *Archiv. f. klin. Chir.*, Berlin, 1884, xxx, p. 67-105.

la ligature de l'iliaque externe est supérieure à celle de l'iliaque primitive dans le traitement des anévrysmes iliaques. M. Delbet voyant qu'elle a été pratiquée une fois et qu'elle a été suivie de gangrène, ne le croit pas, et admet, que si on veut traiter ces anévrysmes par ligature, c'est l'iliaque primitive qu'il faut lier. En réunissant le cas de M. Delbet aux autres, nous trouvons que l'iliaque externe a été liée six fois pour anévrysme iliaque.

De ces six fois, une fois, cas de Monteil, (1) le malade est mort, mais il est difficile d'admettre que c'est la ligature de l'iliaque externe qui l'a produite, car la mort est survenue par suite d'une hémorrhagie de de l'artère fémorale, qui avait été liée avant, pour anévrysme traumatique diffus de la fémorale.

Une fois on fit la ligature de l'artère iliaque externe au-dessus et au-dessous de la tumeur. Les quatre autres cas ont guéris, deux sans aucune complication (Plasencia, Morton) (2), un autre a présenté des phénomènes d'occlusion intestinale après la ligature (Davie), le quatrième enfin, celui de Bennett, s'était compliqué de gangrène du membre inférieur, et on a dû faire l'amputation de la cuisse.

Voyons maintenant la ligature de l'iliaque primitive. Nous avons 14 cas de ligature d'iliaque primitive pratiqués après 1876. Sur ces 14 cas, on compte trois

(1) MONTEIL. *Soc. de Chirurgie*, 1887, 2 février.

(2) THOMAS MORTON. *Commun. Collège of physicians of Philadelphia*.

morts (cas de Sulzenbacher ⁽¹⁾, Gouley ⁽²⁾, et de Flhurer ⁽³⁾), soit une mortalité de 21,5 %. Sur les onze cas restants, sept fois seulement (Jameson, Caldas, Mc. Burney, Scriba ⁽⁴⁾, Lange ⁽⁵⁾, May ⁽⁶⁾, Saint-Thomas ⁽⁷⁾), la guérison n'a pas été compliquée. Enfin sur les quatre derniers cas, deux fois, (cas de Diogènes Deccoud ⁽⁸⁾ et de Cock ⁽⁹⁾) il y a eu suppuration du sac, et dans les deux autres cas, gangrène grave, nécessitant l'amputation de la jambe (cas de Richter ⁽¹⁰⁾ et de Sands ⁽¹¹⁾).

Si nous comparons maintenant les résultats obtenus après la ligature de l'iliaque externe, à ceux obtenus après la ligature de l'iliaque primitive pour anévrisme iliaque, nous voyons que la ligature de l'iliaque externe est de beaucoup supérieure à celle de l'iliaque primitive. Elle doit donc être employée toutes les fois que cela est possible, en comprenant par cette possibilité l'existence d'une tumeur anévrysmale qui ne remonte pas très haut sur l'iliaque externe. C'est seulement dans ce dernier cas qu'il faudrait réserver la ligature de l'iliaque primitive, comme procédé de nécessité et non comme procédé de choix.

Quant à la ligature de l'aorte abdominale, elle a

(1) SULZENBACHER. *Wiener Med. Presse*, n° 7, 8, 9.

(2) GOULEY. *N. Y. Med. Journ.* 1885, p. 239.

(3) FLUHRER. *Med. Rec. N. Y.*, 1886, xxx, 454-457.

(4) SCRIBA. *Deutsche Zeitung f. Chir.*, 1885, xxxii, p. 213.

(5) LANGE. *New-York, Med. Journ.*, 1883, xxxviii, 610.

(6) MAY. *Brit. Med. Journ.*, 1882, 14 oct.

(7) *St. Thomas Hosp. Rep.*, 1881, p. 373.

(8) DIOG. DECCOUD. *An. d. Circ. med. Argentina*, Buenos-Ayres, 1890, xiii, 34-37.

(9) COCK. *Guy's Hosp. Rep.*, 1884.

(10) RICHTER. *Pacific med. and surg. Journ.*, n° 11, 1881.

(11) SANDS. *Amer. Journ. of med. Scien.*, 1881, avril.

échoué jusqu'à présent dans tous les cas ; elle n'est donc pas recommandable. M. Kirmisson ⁽¹⁾ cite 11 cas de ligature de l'aorte abdominale tous suivis de mort. Nous ne pouvons ajouter à ceux-ci que le nôtre, qui a été aussi suivi de mort.

LA MÉTHODE ANCIENNE a été employée dans le traitement des anévrysmes de l'iliaque externe. En 1862 Syme ⁽²⁾ l'utilisa pour un volumineux anévrysme iliaque. L'opération fut faite le 20 avril 1862. Après avoir ouvert la poche dont on fit sortir six livres de sang et de caillots, on lia l'artère iliaque primitive au-dessus et l'iliaque externe au-dessous de la poche. Mais le sang continuant à couler, on lia aussi l'iliaque interne. Le malade guérit complètement.

Plus récemment Billroth opéra de la même façon, avec succès un gros anévrysme de l'iliaque externe. M. Delbet rapporte l'opération de la façon suivante : ⁽³⁾ « Le malade âgé de 20 ans, avait reçu un coup de couteau 2 ans avant. La tumeur avait le volume de trois poings ; ses deux tiers supérieurs étaient dans le bassin, son tiers inférieur débordait l'arcade de Fallope. Le 22 janvier 1892, l'aorte étant comprimée, Billroth incisa la tumeur et la débarrassa de ses caillots. Un jet de sang conduisit sur la plaie de l'artère située à un doigt au-dessus de l'arcade crurale. On lia au-dessus, on lia au-dessous et on tamponna la cavité à la gaze iodoformée.

(1) KIRMISSON in *Traité de Chirurgie*, t. VIII, p. 999.

(2) SYME. *The Edimb. Med. Journ.*, 1862, II, p. 65.

(3) DELBET. Congrès de Chirurgie de Paris, 1895, p. 788

Le sac s'est lentement éliminé, si bien que la guérison n'a été complète que le 5 mai».

A ces deux cas, nous pouvons ajouter celui de MM. Stevenson et Michael, seulement ils firent d'abord la ligature de l'iliaque primitive, et 10 jours après on fit l'incision du sac en faisant sortir 1200 gr. environ de caillots.

Leur malade est resté à l'hôpital en voie de guérison.

La première **EXTIRPATION** d'anévrysme iliaque externe fut pratiquée par M. Quenu⁽¹⁾. Le cas de M. Bazy⁽²⁾, se rapporte à un anévrysme inguinal. Il s'agissait, dans le cas de M. Quénu, d'un clown porteur d'un anévrysme double. Le diagnostic porté par M. Quénu fut : Anévrysme de l'artère iliaque externe à droite, avec possibilité d'extension à l'iliaque primitive, et anévrysme, de la fémorale commune à gauche. L'opération eut lieu le 5 décembre 1893. Voici la description donnée par M. Quénu : « Nous commençames par le gros anévrysme, le plus menaçant. Sous l'anesthésie chloroformique, une longue incision fut menée parallèlement à l'arcade de Fallope jusqu'au tiers moyen de la crête iliaque, puis une deuxième incision, verticale, parallèle au grand axe de la tumeur. Le péritoine fut decollé non sans peine, la paroi abdominale était en effet enflammée et adhérente à l'anévrysme. Un écarteur vaginal étant appliqué en dedans sur le péritoine decollé, j'allais à la recherche du bout supérieur du sac

(1) QUÉNU. Traitement de deux gros anévrysmes par l'extirpation du sac. *Gaz. méd. de Paris*, 1895, p. 280.

(2) BAZY. Anévrysme inguinal énorme et enflammé. Extirpation Guérison. *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir.*, 1891, p. 31-39.

anévrismal, afin de lier l'artère directement au-dessus. Le sac envoyait un prolongement dans le petit bassin et surplombait l'iliaque primitive. Je pûs néanmoins m'assurer, qu'il restait entre le pôle supérieur de la tumeur et la bifurcation de l'iliaque primitive, un segment d'artère non dilaté de 1 cm. et demi à 2 cm. Un gros fil de soie tressée plate fût passé autour de l'artère (dénudée le moins possible) et une deuxième ligature fût placée à un demi centimètre au-dessous de la première. Je pris cette précaution à cause de l'état de l'artère iliaque, que le doigt sentait rigide, fortement athéromateuse, un véritable « tuyau de pipe ».

« La première ligature fût peu serrée, la deuxième le fût fortement. A ce moment la tumeur cessa de battre. Restait à rechercher le bout inférieur. Prolongeant en bas l'incision verticale nous séparons un lambeau de paroi abdominale, qui recouvre la tumeur et lui adhère tellement, que nous sommes obligés de la détacher à coups de ciseaux. L'artère fémorale commune est ainsi liée à deux travers de doigt au-dessous de l'arcade de Fallope, laquelle est bien entendu, incisée et sacrifiée ».

« Reste à disséquer la face antéro-interne : la circonflexe iliaque, des branches musculaires de la fémorale, l'épigastrique sont successivement liées.

« Pendant cette dissection, une certaine quantité de sang altéré et des caillots s'écoulent ; puis tout d'un coup un flot de sang sort de la poche, dont nous constatons la rupture en un point et la communication avec une cavité creusée dans l'épaisseur des muscles de la paroi abdominale.

« Les grandes pinces à ligaments larges sont appliquées sur la déchirure et viennent à bout de l'hémorrhagie. Alors, section du pédicule inférieur puis renversement de la poche en haut et en dehors et section du pédicule supérieur. Durée de l'opération 1 heure 3/4.

« Restauration de la paroi abdominale et de l'arcade fémorale, drainage. »

Après M. Quénu, plusieurs chirurgiens étrangers ont fait aussi l'extirpation du sac pour des anévrysmes iliaques. Nous publions leurs observations. Nous constatons seulement que sur cinq cas d'extirpation d'anévrysmes iliaques, trois seulement ont guéri : ce sont les cas de M. Quénu, de M. Dollinger et de M. Dandridge ; les deux autres ont été suivis de mort (Schopf et Diez Marin). Dans l'un de ces deux derniers cas, la mort est survenue par hémorrhagie secondaire 10 jours après l'opération, dans l'autre il est survenu la gangrène du membre inférieur. Dans le cas de M. Dandridge la guérison est survenue après quatre mois, à cause de la suppuration d'une partie du sac qui n'a pas pu être extraite. En même temps il blessa la veine fémorale qu'il fut obligé de lier pour arrêter l'hémorrhagie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — Davie.

Ligature transpéritonéale de l'iliaque externe pour anévrysme.

E. E. W., laboureur, de 32 ans, de constitution forte, mais ayant eu la syphilis, entre à l'hôpital le 9 décembre 1890, pour un anévrysme de l'iliaque externe du côté gauche. La tumeur s'étendait du ligament de Poupart jusqu'à un point intermédiaire aux côtes et à l'épine iliaque antéro-supérieure. Du côté droit elle arrivait un peu au delà de la ligne médiane.

Le 9 du mois de janvier on procède à l'opération, après avoir endormi le malade à l'éther. L'abdomen ayant été ouvert sur la ligne médiane, et ayant sorti les intestins de la cavité pelvienne, on divise rapidement le péritoine sur l'iliaque externe, et on fait la ligature du vaisseau après l'avoir isolé.

La pulsation de la tumeur cessa immédiatement. Après avoir remis les intestins, on suture la plaie abdominale par une seule série de points de suture à fil d'argent. Toute la partie inférieure gauche de l'abdomen fût recouverte d'une épaisse couche d'ouâte.

Le patient n'avait pas vomi. La nuit suivante à l'opération, il dormit pendant une heure. Le lendemain matin, la température était normale mais le pouls était à 114. A 10 heures du matin, il a commencé à vomir et le vomissement continuait par intervalles toute la journée et toute la nuit. Le ventre devint tympanique.

Le 11 janvier la température était encore normale, le pouls à 106.

Le 12 janvier le thermomètre Fahrenheit montrait dans la cavité buccale 96°,4, le pouls était descendu à 100. Le malade avait vomi deux fois pendant la journée.

Le jour suivant l'état reste presque identique. Toute tentative d'alimenter le malade par la bouche provoque le vomissement ; on a recouru à l'alimentation par l'anus.

Malgré cela le vomissement continuait et le 15 janvier il était stercoral ; on décida alors de rouvrir le ventre.

On enleva les points de sutures de la plaie, laquelle par l'excessive tension intra-abdominale se rouvrit de suite et laissât sortir une grande masse d'intestin grêle distendu.

L'intestin distendu fût parcouru dans le sens descendant jusqu'à un point où il était plié en angle aigu sur lui-même ; les surfaces intestinales qui étaient adossées, devinrent adhérentes. Au dessus du point de flexion, l'intestin était très dilaté. Avant de remettre à sa place l'intestin distendu, on fait des ponctions avec une aiguille très fine, faisant ainsi sortir une quantité considérable de gaz intestinaux.

La cavité péritonéale fût alors lavée avec de l'eau stérilisée, et la plaie recousue avec du fil d'argent.

Comme pendant la première opération, la partie inférieure de l'abdomen fut constamment tenue chaude et recouverte d'ouate. Aucun symptôme important n'est apparu après. L'anévrysme guérit d'une manière permanente, et le malade se trouve maintenant après 5 ans dans les meilleures conditions.

OBSERVATION II. — Jameson.

Quelques remarques sur la ligature de l'iliaque primitive, pour un cas d'anévrysme de l'artère iliaque externe.

Mademoiselle M., âgée de 28 ans, de nationalité hollandaise a été admise à l'hôpital de Kimberley en avril 1888. Il y a onze

mois elle s'est aperçue qu'elle avait une petite tumeur du volume d'une noix dans l'aîne droite. Cette tumeur s'est agrandie silencieusement, sans provoquer de douleurs, pendant dix mois à peu près, au point de posséder les dimensions d'une pomme. La malade raconte qu'elle a senti des battements dans la tumeur, puis elle a eu des sensations douloureuses et d'engourdissement dans la jambe ; la tumeur s'est accrue ensuite plus rapidement. Rien à noter au point de vue des antécédents. La malade, excepté sa maigreur, jouissait d'une santé satisfaisante, ses organes fonctionnaient normalement.

Immédiatement au dessus du ligament de Poupart, on trouvait une tumeur ovale du volume de la tête d'un enfant nouveau-né, qui était manifestement pulsatile, étendue en dehors à peu près d'un demi-pouce, en dedans jusqu'à la ligne médiane, et au dessus jusqu'au niveau de l'ombilic. La portion supérieure de la tumeur était d'une consistance solide ; la portion inférieure était molle et de couleur rouge de pourpre, et il semblait que la plus légère compression exercée sur les téguments par la tumeur eût rompu la peau. On trouva le membre droit gonflé, mais il n'y avait pas d'œdème. Les pulsations de l'artère tibiale postérieures étaient imperceptibles. La morphine avait été largement administrée à la malade pendant 24 heures pour supprimer la douleur, jusqu'à ce que la malade et ses parents consentirent à l'opération.

Le 21 avril on ouvrit le ventre de la malade, après l'avoir anesthésiée d'abord par le chloroforme et ensuite par l'éther.

Comme il semblait impossible de pouvoir arriver sur l'iliaque primitive droite en opérant du côté droit, M. Jameson prit la résolution de faire une incision du côté opposé, après avoir croisé le pelvis vers l'artère iliaque primitive droite. Une incision curviligne fut faite du côté gauche de l'abdomen partant d'un point situé à un pouce au-dessus de l'ombilic jusqu'à un pouce et demi au-dessus du ligament de Poupart. Le fascia transversalis ayant été divisé sur toute l'étendue de l'incision d'un côté, le péritoine a été divisé en avant et en arrière jusqu'à

la découverte de l'iliaque primitive. On a alors suivi en haut l'aorte, en bas l'artère iliaque primitive, cette dernière étant recouverte par la tumeur, qui partait de l'iliaque externe, un peu plus bas. Une ligature en fil de soie fort et aseptique, fût alors placée sur le milieu de l'artère iliaque primitive. Immédiatement après la ligature, les pulsations cessèrent dans la tumeur. La plaie opératoire fût réunie par des sutures, et on y appliqua un drain.

Après le sommeil chloroformique le pouls de la malade était excellent.

On n'a pas employé des stimulants, le lait fut donné en petite quantité et on administra $\frac{1}{3}$ de grain de morphine toutes les 4 heures.

22. — température 101° (Fahrenheit) le matin,

— $101^{\circ} 6$ — le soir.

Un peu de douleur, et grand besoin de repos. On lui donna de la morphine en plus forte dose : 5 minimes (un grain vaut 12 minimes) toutes les quatre heures. Pas de pulsations de retour, mais la plaie est un peu plus décolorée à sa partie supérieure.

23 avril. — Température matin $108,8$,

— du soir $101,4$.

Léger écoulement de sérosité à la partie inférieure de la plaie.

Morphine $\frac{1}{3}$ de grain toutes les 3 heures. Pouls faible, 120 ; pas de météorisme abdominale pendant la nuit.

24 avril. Température du matin $100^{\circ}, 6$; pas de douleurs ; suintement sanguinolent de la plaie ; pendant les trois autres jours, pas de changement notable.

28 avril. Température $99^{\circ} 2$ pas de douleurs, les fils de suture enlevés ; un écoulement séro-sanguinolent de la partie inférieure et de la partie moyenne de la plaie.

29. Température normale ; douleurs dans la jambe. La quantité de chlorhydrate de morphine réduite à un $\frac{1}{2}$ grain toutes les 6 heures.

1^{er} mai. Les fils superficiels enlevés, du pus louable s'écoula sans exercer aucune pression sur la plaie. A partir de ce

moment elle guérit rapidement de sa plaie, ainsi que d'une petite eschare sacrée, dont elle souffrait depuis son admission. La malade est restée à l'hôpital pendant trois mois.

La tumeur diminua de volume lentement et progressivement.

15 octobre. Les dimensions de la tumeur sont de deux pouces et demi.

Elle est complètement solide. Les deux genoux et les deux articulations coxo-fémorales un peu fléchis, et la malade marche avec quelque difficulté. Autrement elle se trouve dans une parfaite santé.

OBSERVATION III.

Anevrisme de l'artère iliaque externe traité par la ligature de l'iliaque commune.

Dr Charles Mc Burney présente un jeune homme qui après avoir soulevé un lourd fardeau, fut atteint d'une douleur dans le voisinage de l'aîne gauche. Une semaine après il remarqua une tumeur dans cette région, laquelle augmenta graduellement et atteint la grosseur d'un poing. La tumeur commençait en bas au niveau de ligament de Poupart et s'étendait assez loin en haut dans l'abdomen. Elle présentait tous les caractères d'un anévrisme. La circulation générale et celle du membre gauche étaient bonnes.

Tenant compte de la situation de cet anévrisme, on décida de pratiquer la ligature de l'artère iliaque commune. Après avoir fait une grande incision abdominale médiane, on ouvrit la cavité péritonéale et on relia l'artère par la méthode trans-péritonéale. On atteignit le vaisseau en soulevant tant qu'il était nécessaire la masse intestinale. On fit la double ligature avec du catgut. Immédiatement après la ligature les pulsations cessèrent dans la tumeur, qui diminua rapidement en grosseur. L'ouverture du péritoine, faite au-dessus de l'artère, ne fut pas fermée séparément.

L'opération fut faite le 18 décembre 1897. Le patient fut mis alors au lit, les jambes élevées et protégées du froid. La plaie se réunit par première intention. Les pulsations n'apparurent plus dans l'anévrysme et à son endroit on peut déterminer actuellement, seulement l'existence d'une induration, exactement au-dessus du ligament de Poupert. Il ne survint aucun trouble de la peau ni de la circulation. Le malade sortit le 25 janvier 1898. Il peut bien travailler, mais il se plaint d'un peu de faiblesse dans la jambe gauche.

OBSERVATION IV

Ligature de l'artère iliaque primitive pour anévrysme de l'iliaque externe

(Observation personnelle.)

Gadin Louis, cocher, âgé de 56 ans entre le 17 février 1900 à l'hôpital de la Charité, pour une tumeur de la région de la fosse iliaque, et occupe le lit n° 3 de la salle Trélat.

Antécédents héréditaires. — Rien de remarquable à noter. Son père est mort d'accident. Il a une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Vers l'âge de 7 ans il a eu la rougeole. Pas d'autre affection à noter.

Début de l'affection actuelle. — Au mois d'Août 1899, le malade remarque un peu au-dessus de l'arcade de Fallope une petite tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur n'était pas douloureuse, ne variait pas de volume pendant la marche et était le siège de battements.

Mercredi, 15 jours avant son entrée à l'hôpital (le 7 février) en remisant sa voiture à une heure du matin, il glisse et pendant l'effort qu'il fait pour se retenir, il éprouve au niveau de la petite tumeur, une douleur assez vive qu'il compare à une piqûre. Le lendemain matin, il s'aperçoit que la tumeur a augmenté de volume. Cet accroissement a continué d'une manière progressive jusqu'à l'entrée du malade dans le service

Etat actuel. — Dans la région de l'aîne gauche et au-dessus, on voit une tumeur à contours diffus du volume d'une grosse tête d'enfant, mesurant en largeur 18 cm. et en hauteur 14 cm. Son grand axe-transversal va au delà de la racine de la verge à 3 travers de doigt au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Dans le sens vertical elle commence à 6 cm. et demi au-dessous de l'ombilic et descend un peu plus bas que le pli de l'aîne. Ce pli est très effacé et n'est encore net qu'à son extrémité interne. En regardant la tumeur à jour frisant, on remarque un soulèvement se répétant 80 fois par minute. La peau est violacée sur la partie saillante de la tumeur et on y voit des veines bleuâtres, à côté des fines arborisations vasculaires. Le côté interne de la tumeur est recouvert des poils du pubis, comme le côté sain.

La verge présente sur son côté gauche une veine dilatée, sinueuse, naissant et se terminant à la racine de la verge, mais formant une anse à sa partie moyenne. Sa cuisse est augmentée de volume en circonférence, mais il dit l'avoir plus grosse depuis longtemps. La circonférence mesure 52 cm. à la partie moyenne de la cuisse, 36 cm. à la jambe, au lieu de 44 et 33 cm. qu'on trouve du côté sain. En arrière du condyle interne du tibia, on trouve un cordon sur le trajet de la saphène interne, quelques marbrures à la face antérieure de la cuisse.

Palpation. — On peut limiter la tumeur en haut et en dedans. Son extrémité interne va jusqu'à la ligne médiane, et le canal inguinal dans lequel on peut entrer le doigt est repoussé à droite.

En haut par la palpation elle semble plus volumineuse et en bas elle envoie un prolongement profond que l'on sent en déprimant les téguments du triangle de Scarpa. Elle est immobile sur les plans profonds surtout dans la direction verticale.

En appuyant la pulpe des doigts sur la tumeur, on les voit soulevés par une pulsation synchrone au pouls radial. Cette expansion existe en tous les points de la tumeur, mais elle es

plus appréciable en dehors, où la tumeur est plus tendue et plus mal limitée qu'à la partie interne.

La sensation de flot est assez nette. La femorale est difficile à percevoir au-dessous du prolongement de la tumeur et ses battements semblent plus faibles que du côté sain.

A l'*auscultation* on trouve un bruit de souffle intermittent, de longueur presque égale au silence qui le suit, commençant avec la systole, rude et perceptible en tous les points de la tumeur.

Signes physiologiques. — Le malade n'accuse aucune douleur, il est simplement gêné. La marche est facile et le malade n'est même averti de la gravité de son mal, dont il n'a aucune conscience. Le membre gauche est œdématisé, mais c'est un œdème dur au niveau de la jambe ; le mollet est moins dépressible que du côté opposé. A la jambe, la température locale est notablement plus élevée que du côté opposé, pas de différence à la cuisse ni au pied.

Rien à l'*auscultation* des poumons. A l'*auscultation* de la base du cœur un très léger claquement des valvules sigmoïdes. Aucune altération artério-scléreuse.

Les urines sont tout à fait normales. Il n'a jamais eu de syphilis. Seulement il a l'habitude de beaucoup boire.

Le 18 février, après application d'un spica et de la glace, on remarque que la tumeur est un peu plus réduite, mais en bas et ne dehors on trouve une petite proéminence plus molle que le reste, très superficielle, et donnant l'impression qu'elle est prête à se rompre.

L'opération est décidée immédiatement, mais pour des raisons familiales elle a été ajournée jusqu'au 6 mars.

Après avoir endormi le malade et pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires à une laparotomie, on place le malade dans la position de Trendelenburg, et on ouvre la paroi abdominale sur la ligne médiane, sur une longueur de 10 centimètres dont 5 centimètres au-dessus de l'ombilic et 5 au-dessous.

Le péritoine ayant été ouvert, les intestins sont refoulés vers le diaphragme à l'aide d'une compresse. M. Tillaux est allé au

fond de la plaie à la recherche de l'artère immédiatement au-dessus du sac. Une fois l'artère reconnue, le péritoine fût incisé au-dessus d'elle puis l'artère fut dénudée. On alla alors avec une aiguille de Deschamps chargée d'un fil de soie plate et on chargea l'artère de dedans endehors. La ligature fût facilement appliquée, la plaie abdominale cousue comme dans les laparotomies. L'opération fût finie en moins de 10 minutes. Immédiatement après la ligature, la tumeur s'affaissa, devient plus dure, et le souffle et les battements disparurent.

Le malade fût transporté dans son lit et dans la crainte de mauvaise nutrition du membre, on plaça des bouillottes près du membre inférieur gauche.

La température du membre n'était pas abaissée, la pâleur ne survint pas.

Le lendemain (7 mars) il n'y avait pas non plus des battements ni souffle, elle était réduite de moitié elle était dure, excepté dans un point situé en dehors et en bas de la tumeur, où elle était encore molle.

Le membre inférieur gauche était tout aussi coloré que le droit; la température était même plus élevée. Il n'a pas eu des fourmillements dans sa jambe. Le malade est bien disposé. Il se plaint d'un peu de douleur au niveau de la plaie pendant la toux. La jambe est un peu enflée, œdématisée, dure.

Tempér. jambe gauche, le matin 37°5, le soir 35°4.

Tempér. jambe droite, 37 34°4.

Température axillaire, 37°6.

Vers deux heures de l'après midi le malade commence à vomir. On lui administre de l'eau glacée en très petite quantité. Les vomissements continuent jusqu'à 4 heures du matin du 8 mars. Une sonde étant introduite par le rectum des gaz se dégagèrent par la sonde.

Le 8 mars. Les vomissements cessèrent depuis 4 heures du matin jusqu'à 11 heures. A 11 heures il a vomi de nouveau ce sont des vomissements aqueux. Pas de température géné-

rale. Le pouls est bon, un peu rapide (96). On continue les boissons froides.

Tempér. jambe gauche, matin 36°, soir 36°

Tempér. jambe droite, 35°5, 36°.

Le 9 mars. Le malade présente dans ses urines des dépôts rougeâtres, du sable urique. Les vomissements ont cessé. L'état général est bon. La température est normale.

Tempér. jambe gauche, matin 35°4, soir 36°.

Tempér. jambe droite, 35° 35°.

Le 10 mars. Rien d'intéressant à remarquer.

Tempér. jambe gauche, matin 36°5, soir 37°4.

Tempér. jambe droite, 36° 36°8.

Le 25 mars. L'état du malade est de beaucoup changé. La poche a considérablement augmenté de volume.

Elle s'étend en hauteur jusqu'au niveau de l'ombilic qu'elle dépasse du côté droit en y formant comme une nouvelle poche du volume d'une grosse orange. En dedans elle dépasse la ligne médiane. Elle est assez molle à la partie inférieure et externe au voisinage de l'arcade crurale. On y perçoit même des battements.

Le membre inférieur gauche est considérablement augmenté, oedématié, et le doigt en comprimant la peau y laisse une dépression profonde.

La verge et les bourses sont aussi oedématiées. — Il n'accuse pas des douleurs dans le membre ; mais l'état général est assez mauvais. La figure pâle, amaigrie. Les gencives et la langue couvertes de fuliginosités, rôties. La soif est vive ; l'inquiétude est grande, et la température se maintient depuis quelques jours aux environs de 38.

Rien à noter pendant quelques jours.

Le 2 avril. La poche a encore augmenté de volume. Elle s'étend à quelques travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et occupe tout le flanc gauche jusqu'au niveau des fausses côtes.

La peau est chaude et livide. L'état général pareil à celui des jours précédents.

Les jours suivants, l'état du malade se maintient avec peu de changement. L'état général s'améliore parfois, mais la tempé-

rature se maintient à 38 ou 38,5 le soir, pour tomber le matin à 37. Le malade urine par regorgements. La peau qui recouvre la tumeur devient de plus en plus chaude, livide et mince à faire craindre la rupture.

Le 11 avril. L'état du malade devient très grave. Le malade ne veut plus manger et se trouve dans un état d'abattement complet. Enfin il meurt sans convulsions, le 13 avril, à trois heures et demie du matin.

A la nécropsie, on trouve dans la fosse iliaque, et empiétant dans l'abdomen, une tumeur du volume d'une grosse tête. Pas de sang dans la cavité péritonéale. La tumeur est très adhérente aux tissus voisins, qu'on est obligé d'enlever en même temps qu'elle, la dissection étant impossible. Son contenu est formé par des caillots et du sang. Les artères iliaque primitive et externe sont pour ainsi dire sculptées à la paroi inférieure de la poche et ne peuvent en être détachées, que par une dissection minutieuse.

A l'intérieure de cette poche secondaire on trouve la poche primitive, remplie de caillots stratifiés. Elle présente le volume d'un gros œuf et intéresse le tiers inférieur de l'iliaque externe.

La ligature a porté sur l'aorte immédiatement au-dessus de la bifurcation.

OBSERVATION V. — Clutton.

Anéorisme iliaque externe chez un enfant.

Le 24 mai 1891, M. Clutton fût appelé par M. Pitt et Holland, de Chelmsford, pour voir un cas qu'ils croyaient être un anévrisme traumatique de l'artère iliaque externe. Le garçon âgé de 5 ans et demi, le 29 avril, en coupant un gâteau avec un canif le fit entrer dans son abdomen. M. Pitt trouve une petite blessure d'un travers de doigt et demi, profonde, située au-dessus du milieu du ligament de Poupert.

Il y avait une petite blessure externe mais on pouvait sentir sur la blessure une petite tumeur. Le lendemain on pouvait sentir une crépitation emphysémateuse autour de la plaie, dans

une étendue de 8 travers de doigt. Mais il n'y avait plus d'accroissement de la tumeur. Le 24 mai on trouvait pour la première fois que la tumeur était pulsatile. En même temps on entendait un bruit, qui s'étendait de cette partie sur le trajet de l'artère fémorale. Pendant la consultation du 24 mai on avait accepté le diagnostic d'anévrysme de l'artère iliaque externe au-dessus de l'épigastrique. Comme il n'y avait pas de symptôme urgent pour intervention, on se décida d'attendre pendant quelques jours, dans l'espoir de voir s'établir une circulation collatérale. Le 15 juin on appliqua une ligature au catgut sur l'iliaque externe, immédiatement au-dessus de l'anévrysme. Une semblable ligature fût appliquée sur l'iliaque externe au-dessous de l'anévrysme, ce qui supprimait ainsi complètement la circulation dans le sac. La plaie guérit rapidement et la guérison s'est maintenue. On ne constatait plus de pulsation de retour, pas de signes de gangrène et l'enfant se portait parfaitement bien. A la place de l'anévrysme on sentait une petite masse indurée, et les pulsations de l'artère fémorale au-dessous de l'anévrysme n'étaient pas si distinctes, que celles du côté opposé.

OBSERVATION VI

Le professeur *Julius Dollinger*, présente à la Soc. R. de médecine de Budapest, un cas d'extirpation d'un anévrysme de l'artère iliaque.

C'est un malade âgé de 32 ans, tourneur en cuivre, travaillant dur par conséquent. Il y a deux ans, il observa une enflure pulsatile dans la région inguinale droite. Il ne se souvient pas d'un traumatisme quelconque.

L'anévrysme siégeait à l'embouchure de l'artère iliaque dans l'artère fémorale, elle mesurait six centimètres de long sur quatre centimètres de large et avait rapidement augmenté de volume dans le dernier temps. L'artère fémorale droite, l'artère

poplité, et la libiale postérieure droite étaient imperceptibles, tandis qu'on les sentait très bien à gauche. La température, la force, la couleur du membre droit et sa circonférence ne différaient en quoi que ce soit de celles du membre gauche.

L'opération fut pratiquée le 6 juillet. Par une incision parallèle au ligament de Poupart, après incision de divers planes, on arrive sur la tumeur. On refoule alors le péritoine et on arrive sur l'artère iliaque à deux centimètres au-dessus de l'anévrysme ; puis on libère le sac de ses adhérences et on lie la fémorale qui était très étroite. Après la ligature de la fémorale, le membre devient pâle, on fait alors un peu de massage et sa couleur change en jaune cire, mais peu de temps après, le membre reprend sa coloration normale.

Dans le sac enlevé, on observe que la lumière de l'artère afférente est normale, tandis que celle de l'artère efférente possède le calibre de la temporale.

La guérison s'est faite sans accident et le malade se sert bien de son membre.

OBSERVATION VII. — Diez Martin.

Le cas décrit par M. Diez de la clinique de Heinecke, concerne un homme de 25 ans qui a reçu un coup de couteau dans l'aîne droite. En quelques semaines il se forma un gonflement, dont la nature n'a pu être reconnue avec certitude, que seulement après l'incision exploratrice. Quatre semaines après, Heinecke pratique l'opération sanglante en extirpant la partie intéressée de l'iliaque externe. Le dixième jour après l'extirpation, le malade est mort par hémorrhagie secondaire.

CONCLUSIONS

De l'étude précédente, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1^o Il y a lieu de décrire séparément les anévrysmes iliaques et les anévrysmes de la partie supérieure de la fémorale, dits inguinaux : ils diffèrent dans leur symptomatologie, diagnostic, marche, pronostic et traitement.

2^o Les anévrysmes iliaques ne guérissant jamais spontanément, il faut se décider à intervenir par une opération chirurgicale sanglante, qui procure le plus grand nombre de guérisons; la compression, la flexion forcée et la galvanopuncture qui ont parfois réussi, ont échoué dans la grande majorité des cas et ne sont pas recommandables comme traitement de choix.

3^o Entre la ligature de l'iliaque externe et celle de l'iliaque primitive, il faut toujours choisir la première pour traiter les anévrysmes iliaques, comme étant la moins dangereuse; la ligature de l'iliaque primitive ne doit être faite que par nécessité, alors que l'anévrysme

remonte assez haut pour que le passage du fil autour de l'iliaque externe soit impossible.

4° On ne pourrait pas encore se prononcer sur la supériorité de l'une de deux méthodes : la ligature de l'artère, ou l'extirpation de la poche ; les statistiques donnent en effet une mortalité sensiblement égale et se basent sur un nombre assez petit d'observations.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TILLAUX.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.
LE VICE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD.



BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN
